Über Fehldiagnosen und ihre Ursachen

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

Annemargret Stürmer

Saarbrücken

1971

Druck:
Universitätsbibliothek Saarbrücken

AUS DER UNIVERSITÄTS-NERVENKLINIK HOMBURG/SAAR

Direktor: Professor Dr. med. H.-H. Meyer

ÜBER FEHLDIAGNOSEN UND IHRE URSACHEN.

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

1970

vorgelegt von

Annemargret STÜRMER

Dekan: Professor Dr. med. H. KULENKAMPFF

Referent: Professor Dr. med. W. SCHMITT

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Die mündliche Prüfung fand am 15. 3. 1971 statt.

INHALTSANGABE

		Seite
1	Einleitung	1
2	Darstellung der Befunde	4
2.1	Methode und Fehlerquellen	4
2.2	Systematik	8
2.3	Ursachen für die Fehldiagnosen	15
3	Zusammenfassung	33
4	Literatur	35

1. Einleitung

Unter dem Begriff "Fehldiagnose" wird heute unberechtigterweise dasselbe verstanden wie unter dem Begriff "Kunstfehler", d. h. er hat einen anrüchigen Klang.

Während jedoch Kunstfehler eine negative Wertung darstellt, bedeutet Fehldiagnose lediglich die Aussage, d a ß eine falsche Diagnose gestellt worden ist.

Für den Kunstfehler muß sich der Arzt juristisch verantworten; er schädigt den Patienten, obwohl es in seinem Vermögen stünde, dies zu vermeiden; er schädigt ihn aus grober Fahrlässigkeit, aus mangelndem Verantwortungsgefühl, durch unentschuldbares Unwissen.

Unter den Begriff Fehldiagnose fallen alle diejenigen Fälle, in denen ein oder mehrere Faktoren zur - juristisch meist entschuldbaren - Fehldeutung der Lage führen. Als Faktoren kommen in Frage: Seltenheit des Krankheitsbildes, irreführende Symptomatik, Überlagerung von Krankheitsbildern und Symptomen, ungünstige Untersuchungsbedingungen und Notsituationen, vorausgegangene verschleiernde Therapie, mangelhafte Sachkenntnis, Zeitmangel und andere mehr, die ich in den folgenden Abschnitten erst anführen möchte. - Da einer dieser Faktoren auch der Arzt selber sein kann, leuchtet es ein, daß es Grenzfälle von Fehldiagnosen und Kunstfehlern geben muß. So wird

auch verständlich, wie für den Laien - leider auch für den Mediziner - diese beiden Begriffe zu Synonymen werden konnten.

Das Ziel meiner Arbeit ist es, am Beispiel einer Sammlung von Fällen, die ich in der Universitäts-Nervenklinik Homburg gefunden habe, herauszustellen, welche Krankheitsbilder am häufigsten verkannt werden, wo die Ursachen für die Fehldiagnosen liegen, wo in der Diagnostik am ehesten Fehlleistungen und -deutungen entstehen. Dabei kam es mir darauf an, alle - auch die außerhalb der Klinik gestellten - Fehldiagnosen zu erfassen.

Die Meinung, die ich ab und zu von ärztlicher Seite hören mußte, meine Arbeit komme in Verruf, diskriminieren zu wollen, möchte ich zu Beginn meiner Ausführungen ausdrücklich ablehnen. Der Mangel an Praxis erlaubt mir nicht, den einzelnen Arzt zu verurteilen; doch meine Einblicke, die ich durch diese Arbeit gewonnen habe, gestatten es, Verhältnisse und Institutionen - kurz: Mißstände zu kritisieren.

Die Kritik richtet sich gegen unzulängliche Ausbildungsmittel, gegen unbewegliche oder verbesserungswürdige Denkverfahren, gegen die Abneigung, Prophylaxe zu treiben, gegen geizige Kostenträger, gegen anmaßende Autoritäten.

Je größer und differenzierter ein Apparat wird, umso größer wird die Gefahr, daß er zum Selbstzweck wird. Technische Hilfsmittel werden aus Prestigegründen angeschafft, wegen Unkenntnis der Bedienung nicht genutzt. Die Anschaffungen und die Anwendung von Hilfsmaßnahmen müssen sich nach den Erfordernissen richten, die sich durch die Krankheit ergeben; und Krankheiten verpflichten, über Hilfe nachzudenken.

Man ruft nach Reformen, weil die Übersicht über den Klinikapparat verlorengeht. In seiner fehlgeleiteten Handhabung liegt eine wichtige Ursache für die Fehldiagnose.

2. Darstellung der Befunde

2. 1. Methode und Fehlerquellen

Die vorliegende Arbeit erhebt nicht den Anspruch, eine statistische Arbeit im wissenschaftlichen Sinne zu sein. Die Auswahl der Fälle wurde nach keinerlei Kriterien getroffen, der Zeitraum der Untersuchung wurde nicht festgelegt. Auch habe ich kein Zahlenmaterial, das Relationen zeigt zwischen Aufnahmen, Fehldiagnosen und letalen Ausgängen. Die Zahlen, die ich angebe, haben nur die Bedeutung, auf Häufungen in bestimmten Gruppen hinzuweisen. Jedoch auf hierbei beobachtete Übereinstimmungen mit den Ergebnissen exakter Untersuchungen, die mir aus der Literatur bekannt sind, möchte ich an dieser Stelle hinweisen.

Die Sammlung ist folgendermaßen zustande gekommen: Im Zeitraum Januar bis September 1969 habe ich die meisten Oberärzte, Assistenzärzte und Medizinalassistenten der Nervenklinik nach Fällen von Fehldiagnosen gefragt. Sie informierten mich hauptsächlich über solche Fälle, die ihnen aus dem zeitlich nächst gelegenen Zeitraum bekannt waren, wie auch über solche, an die sie sich wegen einer Auffälligkeit auch über einen längeren Zeitraum erinnerten. Insofern kann ich im Gegensatz zu den Einschränkungen, die ich zu Anfang gemacht habe, bedingt von einer zeitlichen Einheit sprechen.

Etwa 25 % der Fehldiagnosen fand ich in der Poliklinik durch Vergleich der Einweisungsdiagnose mit der der Poliklinik. Allerdings nur ein Drittel der ambulanten Patienten konnte zur Bewertung herangezogen werden; 30 % der Überweisungsscheine zeigten keine Diagnose, das restliche Drittel war vorsichtig nur mit dem Verdacht auf ein bestimmtes Leiden eingewiesen worden.

Für die Sammlung kamen alle Fehldiagnosen in Frage, die vor oder nach der Aufnahme in die Klinik gestellt wurden: durch den Hausarzt, Facharzt, Nervenfacharzt, die Poliklinik und den Stationsarzt. Eine zahlenmäßige Aufschlüsselung der Fehldiagnosen auf diese Gruppen halte ich nicht für sinnvoll. Lediglich bei einzelnen Krankheitsbildern, wo die Fehlleistungen sich in einer Personengruppe häufen, hielt ich es für wichtig, darauf hinzuweisen, w e r den Fehler machte.

Die richtige Diagnose, die ja erst die vorhergegangene zur Fehldiagnose erklärt, wurde durch verschiedene Faktoren untermauert: durch die körperliche Untersuchung und durch geeignete Labormethoden sowie andere Spezialuntersuchungen, durch erfolgreiche, spezifische Therapie, durch das Operationssubstrat, durch den Obduktionsbefund bzw. durch mehrere dieser Faktoren gleichzeitig.

Wie ich schon zu Anfang sagte, soll die Arbeit keine exakte Statistik

darstellen. Sie soll mit markanten Beispielen und mit ungefähren Zahlen Hinweise geben, welche Krankheitsbilder in welcher Häufigkeit verkannt werden, welche Gründe es für die Fehldiagnosen gibt und eventuell auch wer sie abgibt. Ich habe dabei beachtet, welche diagnostischen Maßnahmen angewandt worden sind, welche frappanten Fehler durch den Arzt oder Patienten gemacht wurden und welchen Anteil die letalen Ausgänge an der Zahl der Fehldiagnosen haben.

Fehlerquellen

Daß die zufällige Auswahl der Fälle und der nicht begrenzte Zeitraum einen unkorrekten Überblick geben, habe ich bereits ausgeführt.

Fehlende oder ungenaue und vage formulierte Einweisungsdiagnosen verminderten die Zahl der Fälle erheblich.

Gerade die Einweisungsdiagnose enthält Fehlermöglichkeiten, die das Untersuchungsergebnis verwischen. Der Hausarzt muß häufig die Einweisungsdiagnose manipulieren: einmal für den Patienten und dessen Angehörige, die den Überweisungsschein lesen können, einmal für die Klinik, die einen ihr nicht dringlich erscheinenden Fall eventuell abweisen würde.

Der überweisende Arzt schreibt keine Diagnose oder eine vage formu-

lierte auf, um den Patienten nicht zu beunruhigen. Das gilt besonders für prognostisch ungünstige Krankheiten wie Tumoren, Multiple Sklerose oder Myatrophe Lateralsklerose.

Zur Übertreibung kommt es, wenn der Patient oder seine Angehörigen krankheitsuneinsichtig sind oder wegen schlechter Pflegebedingungen eine Einweisung in die Klinik notwendig wird.

Auch gibt es Notfälle, in denen man dem Kostenträger, also der Krankenkasse, eine andere Diagnose als die richtige angeben muß, um den Patienten vor finanziellem Schaden zu bewahren.

Den Schluß, die meisten Diagnosen würden durch die Hausärzte gestellt, darf man also nicht ziehen; ist es doch die Rücksicht auf den Patienten, die die "falsche" Diagnose stellt.

2. 2. Systematik

Die folgende Tabelle soll zunächst eine Übersicht über die untersuchten Fälle geben. Die beiden Rubriken, die angeben, ob die Fehldiagnose harmloser oder schwerwiegender als die richtige Diagnose war, sind deshalb hinzugefügt, weil der therapeutischen Konsequenz einer Diagnose große Bedeutung zukommt.

Gesamtzahl	94 (100 %)	letale Ausgänge	13 (13,8 %)
Frauen	54 (57,4 %)	Männer	40 (42,6 %)

endgültige Diagnose	Anzahl	letal	gleich schwere bzw. schlimmere	bagatellisierende Diagnosen
1) raumford. Prozesse von Hirn, Rückenmark und deren Hüllen	23	10	0	23
2) Encephalitis disseminata	11	0	5	6
3) organ. Krankh.	11	0	9	2
4) abnorme Pers. bzw. Reaktionen	10	0	10	0
5) Zyklothymie	8	0	4	4
6) Rarität bzw. schwier. Diagnose	7	1	2	5
7) vasomot. Kopfschmerz/Migräne	6	0	3	3
8) Schizophrenie	4	0	1	3
9) Systemerkrank.	3	0	1	2
10) Alkohol- bzw. Tabl. abusus	3	0	1	2

Fortsetzung der Tabelle:

endgültige Diagnose	Anzahl	letal	gleich schwere bzw.schlimmere	bagatellis. Diagnosen
11) Progressive Paralyse	3	0	2	1
12) Schwachsinn	2	0	2	0
13) Hirnabszeß	2	2	2	0
14) orthostat. Dysregulation	1	0	1	0

Es liegen 94 Fälle zur Untersuchung vor; der Anteil der weiblichen Patienten beträgt 54, der Anteil der männlichen 40. 23 Krankengeschichten wurden in der Poliklinik gefunden. Letale Ausgänge gab es in 13 Fällen.

Das am häufigsten verkannte Krankheitsbild ist der raumfordernde Prozeß des Gehirns, des Rückenmarks sowie der Hirn- und Markhüllen. Auf diese 23 Fälle fallen 10 Todesfälle, d. h. von den 13 tödlichen Ausgängen sind allein 77 % nicht erkannte raumfordernde Prozesse. Die Diagnose war in allen Fällen harmloser als die richtige und berief sich immer auf e i n hervorstechendes Symptom. So wurden die Tumore des Gehirns 5mal als symptomatische Epilepsie behandelt, 2mal als Polyneuritis, jeweils einmal als Abducensparese und Ulnarisparese, als psychogene Gangstörung und abnorme Erlebnisreaktion.

Die Tumoren des Rückenmarks imponierten als Ileus, Durchblutungsstörungen der Extremitäten, Galleleiden, Herpes Zoster, Bindegewebsschwächen, Zustand nach Nierensteinoperation und ausgerenkte Halswirbel. Entsprechend der Symptomatik wurden diese Diagnosen außerhalb der Nervenklinik gestellt beim Hausarzt, Internisten und Orthopäden.

Bei drei Fällen von Hirntumor wurde Tumordiagnostik betrieben, die keinen oder geringen Hinweis gab.

Im einen Fall wurde die erste Untersuchung 11 Monate vor dem Tod durchgeführt. Die Pneumencephalographie zeigte einen erweiterten linken Seitenventrikel, die Carotisangiographie eine auffallende Anhebung der vorderen Venen. Echoencephalographie, Szintigramm und Elektroencephalogramm zeigten keine auffälligen pathologischen Befunde. Nach drei Monaten ergab die Untersuchung nichts Neues. Wieder drei Monate später ließ die gesteuerte Encephalographie einen inoperablen Aquäduktverschluß erkennen. Der Zustand verschlechterte sich zusehends, der Patient erlitt eine deutliche Wesensveränderung und verstarb nach längerer Bewußtlosigkeit.

Im zweiten Fall erfolgte die Aufnahme und Untersuchung sofort nach dem Auftreten des ersten epileptischen Anfalls. Szintigramm, Röntgenaufnahmen des Schädels, Echoencephalographie, Pneumencephalographie und

Angiographie waren unauffällig; lediglich das EEG wies Thetaeinstreuungen mit leichtem Linkshinweis auf. Acht Monate später wurde die Patientin erneut in bewußtseinsgetrübtem Zustand in die Klinik eingeliefert. Die Angiographie zeigte deutlich einen Tumor, die Patientin verstarb bald nach der sofort erfolgten Operation.

Im dritten Fall traten bei einer Patientin plötzlich Augenmuskelparesen auf, sie sah Doppelbilder, sonst hatte sie keine Beschwerden. Eine Brille mit Mattglas, Cortancyl und Vitamine, die der Augenarzt wegen Überanstrengung verschrieb, besserten die Beschwerden nicht. Nach drei Monaten wurde in der Klinik eine Tumordiagnostik durchgeführt. Schädel, Encephalographie und EEG waren ohne Befund. Außer einer Abducensparese und einer Hypaesthesie im Bereich des 2. und 3. Trigeminusastes wurde kein Befund festgestellt. Nach einem Jahr wurde in einer auswärtigen Klinik ein Tumor diagnostiziert, die Patientin verstarb bald darauf.

An zweiter Stelle in der Häufigkeit der Fehldiagnosen steht die Multiple Sklerose. Sie wurde 11mal verkannt; meist wurde sie mit einem weniger schwerwiegenden Krankheitsbild verwechselt - und zwar bestimmte e i n auffallendes Symptom die Diagnose (wie bei den Querschnittssyndromen). - Die Multiple Sklerose wurde behandelt wie eine Bindegewebsschwäche mit Unterwassermassagen und Gipsverbänden, als cerebrale Arteriosklerose und cerebrale Durchblutungsstörung.

Bei einem Untersuchungshäftling wurden die Symptome der Gangunsicherheit als Simulation abgetan, weil im Moment neurologisch nichts festzustellen war.

Bei einem Alkoholiker wurde das Erkennen der Diagnose erschwert durch das gleichzeitige Vorhandensein von Abususerscheinungen und Wesensveränderungen. - In zwei Fällen war die richtige Diagnose harmloser als die falsche: auf Grund von bulbärer Sprache wurde ein Stammhirnprozeß diagnostiziert, im anderen Fall ein Tumor.

Das dritte Krankheitsbild, das häufig - und zwar 8mal - verkannt wurde, ist die endogene Depression.

Einmal glaubte man an eine reaktive Depression, da schwere häusliche Aufregungen vorausgegangen waren. Nach anderthalb Jahren wurde der Patient grundlos traurig, schlaflos, lebensunlustig und versuchte einen Suicid mit Insidon. Jetzt konnte man sicher von einer endogenen Depression reden. - Da häufig Schlaflosigkeit und Unruhe die Initialsymptome der endogenen Depression sind, wird die vage Diagnose "neurovaskuläre Dystonie" gestellt.

Symptome wie Kopfschmerzen, Merkschwäche, Mattigkeit und Schlaflosigkeit verzögern für einige Zeit die richtige Diagnose.

Eine larvierte Psychose imponierte ein halbes Jahr lang als Herzinfarkt, bis die Symptome Traurigkeit und Selbstvorwürfe mehr in den Vordergrund traten und die Behandlung durch den Nervenfacharzt eingeleitet wurde.

Eine wichtige Gruppe von Fehldiagnosen stellen in der neurologisch-psychiatrischen Klinik die inneren Erkrankungen dar.

Eine Stomatitis wurde für eine Trigeminusneuralgie gehalten, ein Hohlfuß für Morbus Friedreich, eine NNR-Insuffizienz für eine Anorexia mentalis.

Bei einem bekannten und behandelten Diabetes traten auf: Muskelschwäche, Schwindel, Kopfschmerzen, Gangunsicherheit, Hunger, Durst, Nykturie, Polakissurie und eine chronische Entzündung des Präputiums. Der Hausarzt äußerte den Verdacht auf eine Myopathie; in der Klinik stellte man ein Tagesprofil mit Blutzuckerwerten zwischen 230 und 430 mg% fest.

Eine große Einheit bilden alle die Krankheitsbilder, die differentialdiagnostisch schwierig oder selten sind: Meningitis vom Typ Bannwarth angesehen als Polyneuritis mit Beteiligung der Hirnnerven, Myatrophe Lateralsklerose und Myasthenia gravis, atypische Tetanie, Temporallappenepilepsie, Hirnabszesse meist als Tumoren angesehen, Morbus

Wilson.

Eine schwerwiegende Fehldiagnose ist die der psychogenen Störung, da sie nicht nur die richtige Therapie verhindert, sondern den Kranken auch diskriminiert.

Auffallend ist, daß beide Fälle von Morbus Wilson zunächst als psychogene Störung aufgefaßt wurden.

2. 3. Ursachen für die Fehldiagnosen

Die Diagnose wie die Fehldiagnose muß - so betont GROSS (3) - im Licht der therapeutischen Konsequenzen gesehen werden. PETER BAMM (1) spricht poetischer vom Glanz und Elend der Diagnose, vom Spruch des Schicksals, den der Arzt verkündet. Die Diagnose hat schicksalhafte Bedeutung und fordert vom Arzt größte Sorgfalt, Gewissenhaftigkeit und Verantwortungsgefühl.

Eine Vielfalt von Faktoren bestimmt die Diagnose, ebensoviele Möglichkeiten des Irrtums und der Irreführung gibt es. GROSS (3) teilt die Fehlermöglichkeiten ein in solche, die beim Kranken oder seiner Krankheit liegen, und solche, die auf den Arzt oder die Klinik zurückzuführen sind.

A) Fehlermöglichkeiten, die beim Kranken oder seiner Krankheit liegen

a) Darunter fallen die seltenen Erkrankungen bzw. seltene und ungewöhnliche, oligosymptomatische und abortive Manifestationen von Systemerkrankungen.

> Eine 18jährige Patientin kommt wenige Wochen nach der Entbindung von ihrem unehelichen Kind zum ersten Mal zur Aufnahme. Sie weist einen ihrer Familie nicht entsprechenden asozialen Lebenslauf auf: sie hat keine

Lehre absolviert, ist mehrmals von Zuhause weggelaufen und hat mit verschiedenen Männern zusammengelebt. Die Patientin kann keine Motivation für diese Handlungen angeben, auch keinen Trotz gegen die Familie.

Aus der Anamnese ist zu ersehen, daß sie als Kleinkind lange eingenäßt und schon als Kind unbegründete Angstzustände gehabt hat. Sie erinnert sich, seit dem 8. Lebensjahr Entfremdungsgefühle zu erleben. Diese Empfindungen des Nicht-Daseins haben sich nach der Entbindung erheblich verstärkt. Die Patientin ist ängstlich und klagt darüber, "sich nicht zu fühlen, nicht dazusein". - Wegen abdomineller Beschwerden wird sie während der psychiatrischen Behandlung appendektomiert. Man stellt die Diagnose:
a) Wochenbettpsychose
b) Schizophrenia simplex.

Nach der medikamentösen und Elektroschockbehandlung tritt keine wesentliche Besserung ein; deshalb kommt die Patientin im gleichen Jahr zum zweiten Mal zur Aufnahme. Die Diagnose wird revidiert: man kann nicht eindeutig eine abnorme Erlebnisreaktion oder neurotische Symptome feststellen. Differentialdiagnostisch wird jetzt außerdem eine Temporallappenepilepsie erwogen. Die genaue Untersuchung der EEG's und die erfolgreiche Therapie mit Mylepsin bestätigen die Diagnose "Temporallappenepilepsie".

b) Zwei und mehr Krankheiten können ursächlich oder zufällig zusammentreffen, sich überlagern und in ihren Erscheinungen beeinflussen.

Eine 53jährige Patientin konsultiert im Juli 1968 einen Gynä-

kologen wegen Schweregefühle in den Knien und im Unterleib sowie zunehmender Gangunsicherheit. Die Untersuchung ergibt keinen pathologischen Befund. Ein anderer Frauenarzt verschreibt Penicillin und gibt Spritzen, ohne der Patientin eine Diagnose zu nennen. Er überweist sie, weil er eine Hämaturie festgestellt hat, zum Urologen. Die Patientin wird operiert, weil man eine Schrumpfniere und Steine findet. Postoperativ verschlimmert sich das Schweregefühl. Die Urologen sehen in den Beschwerden normale postoperative Erscheinungen. - Ein Internist verordnet Massagen und Bäder für die Wirbelsäule, überweist später zum Neurologen. Der Queckenstedt'sche Versuch und die Myelographie lassen deutlich einen raumfordernden Prozeß im Rückenmarkskanal erkennen.

Wer kann in der Rückschau entscheiden, welchen Beschwerden welche Ursachen zuzuordnen sind: hat die Nephrektomie die Erkennung des Tumors verzögert oder beschleunigt?

c) Vieldeutige Erscheinungen

sind in der Neurologie-Psychiatrie Symptome wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Desinteresse, Kopfschmerzen, Leistungsabfall, Gedächtnisschwund. Gerade diese Symptome verleiten zur oberflächlichen Therapie. Die Abklärung muß neurologisch und psychiatrisch erfolgen. Psychosen können sich im eventuell sehr langen Prodromalstadium in diesen somatischen Symptomen äußern; die larvierten Psychosen bleiben oft lange verkannt, weil die körperlichen Beschwerden im Vorder-

grund stehen. Andererseits können Tumore - und überhaupt die neurologischen Erkrankungen - durch Allgemeinsymptome von der Schwere des Krankheitsbildes ablenken.

d) Erkrankungen im höchsten und jüngsten Alter zeigen eigene Verläufe

So verlaufen einfache Infekte z. B. bei älteren Patienten symptomarm entsprechend der reduzierten Reaktionsfähigkeit, bei Kleinstkindern heftig und beunruhigend. Neu hinzukommende Krankheiten werden im Alter weniger bemerkt, wenn schon länger andere Beschwerden bestehen. Auch sind die Übergänge zwischen physiologischem Altersprozeß und Degeneration fließend.

e) Die Symptomenverwandtschaft zwischen Tumoren und Entzündungen

GROSS (3) weist darauf hin, daß jedes Entzündungszeichen seine Ursache auch in einem Tumor haben und jedes Tumorkriterium durch eine Entzündung hervorgerufen werden kann.

f) Tumoren, die als Organopathien oder harmlosere neurologische Leiden imponieren

Während noch in den Statistiken, die vor 10 Jahren und früher veröffentlicht worden sind, die Infektionskrankheiten an der Spitze der falsch

diagnostizierten Krankheitsbilder liegen, führen jetzt die Tumoren.

In einer Studie von GRUVER und FREIS (4) mit Beobachtungen aus der Zeit von 1947 - 53 machen 25 % der Fehldiagnosen Infektionskrankheiten aus, 23 % Tumore.

PIRTKIEN (11) zeigt in einer Arbeit von 1968, daß ein Drittel der Fehldiagnosen die Karzinome ausmachen; in dieser Darstellung waren unter 106 Obduktionen 33 maligne Tumoren, also 32 %.

In der vorliegenden Sammlung führen ebenfalls die Tumoren mit 24,5 %. Davon machen die Tumore des Rückenmarks und seiner Hüllen etwa die Hälfte aus. Die Gründe für die Nichterkennung sind folgende:

a) die ersten Symptome sind entweder Allgemeinsymptome oder solche, die eine umfangreiche Differentialdiagnose erfordern;

b) die Symptome, vor allem bei Querschnittssyndromen, können vorwiegend organisch imponieren;

c) die Tumordiagnostik bleibt oft lange Zeit ergebnislos.

Die Tragik der Tumoren liegt also in der schwierigen uncharakteristischen Symptomatik bei sehr raschem Wachstum. Eine Arbeit aus dem Jahre 1969 von HAGMANN (5) beschreibt, daß in 27,4 % der Autopsien Tumore

gefunden wurden, von denen 1/5 klinisch vorher nicht festgestellt worden war.

Die meisten Querschnittssyndrome werden zunächst in anderen Fachabteilungen behandelt.

Eine 65jährige Patientin klagt seit 2 Jahren über Schmerzen im Rücken, die die Hausärztin als Gallebeschwerden ansieht; weil die Therapie nicht anspricht, die Schmerzen sogar schlimmer werden, begibt sich die Patientin in private, stationäre Behandlung. Auch dadurch erfährt sie keine wesentliche Besserung. - Im Verlauf des nächsten Jahres bemerkt die Patientin fortschreitende Taubheit im linken Bein. Ein Orthopäde veranlaßt Unterwassermassagen und ist verärgert, als die Patientin die Behandlung wegen Erfolglosigkeit abbricht. Die Hausärztin, der sie von Sensibilitätsstörungen am Bein erzählt, rät ihr, viel zu laufen. Obwohl jetzt Blasen- und Mastdarmstörungen hinzukommen, wird die Ärztin nicht aufmerksam. Auf Veranlassung eines verwandten Arztes kommt die Patientin in die Klinik. Hier wird ein Meningeom festgestellt und erfolgreich operiert.

Eine 49jährige Patientin rutscht im Herbst 1967 aus; der Arzt stellt fest, daß ein Halswirbel ausgerenkt ist. Nach 12 Tagen stationärer Behandlung ist die Patientin beschwerdefrei; in der Folgezeit treten die Schmerzen in der Kreuzbeingegend nur nach Alkoholgenuß und bei anstrengender, körperlicher Arbeit auf. Es wird eine Behandlung im Streckbett durchge-

führt. - Vier Wochen vor der Aufnahme habe sie, so gibt sie an, auf einer feuchten Wiese gesessen; anschließend habe sie wahnsinnige Schmerzen in der Kreuzbeingegend verspürt; der Körper unterhalb der Lendengegend sei wie verkrampft gewesen, das linke Bein und die rechte Fußsohle sowie der Analbereich wie taub. Jetzt treten auch Defäkations- und Miktionsbeschwerden auf. - Die Myelographie zeigt einen totalen Stop bei TH 12; die Patientin ist sofort operiert worden.

Die Gefahr solcher Symptomatik liegt in einer verschleiernden Therapie.

g) Der aktive Beitrag des Patienten

a) Befindet sich der Patient bei der Aufnahme in bewußtlosem Zustand oder in Lebensgefahr, so sind Sofortmaßnahmen angezeigt. Die Diagnose stützt sich in diesem Fall auf das im Augenblick bedeutsamste Symptom oder/und auf eine häufig fragmentarische Fremdanamnese. Diese Maßnahmen sind in der neurologisch-psychiatrischen Klinik solche wie Beatmung bei Lähmung der Atemmuskulatur, Sedierung bei akuter Psychose, Magenaushebung bei Tablettenvergiftung oder Behandlung eines Krampfanfalls.

Bei einer 59jährigen Patientin sind bekannt ein inoperabler Blasentumor und ein Diabetes, der mit 2 x 1 Tablette Nadisan

behandelt wird. Als sie eines Morgens nicht aufwacht, überweist sie der Hausarzt unter der Diagnose "Apoplex" in die Klinik. Hier erwägt man, daß Metastasen die Ursache für den Apoplex sind.

Der Blutzuckerwert beträgt 38 mg%, die Patientin wacht sofort auf, als man ihr Glukose i.v. injiziert hat.

In einer Arbeit von GRUVER und FREIS (4) wird angegeben, daß 45 % aller Diagnosen, die letal ausgingen, durch mangelnde Anamnese bedingt waren; 27 % wurden weniger als 24 Stunden stationär behandelt, 53 % weniger als 1 Woche.

b) Durch ungenaues Erinnern, mangelnde Selbstbeobachtung oder absichtliches Verschweigen zeichnet der Patient ein Bild, das die Diagnosefindung erheblich erschwert.

Über Jahre eingenommene Analgetika werden nicht als Medikamente gewertet, ebenso Ovulationshemmer, Schlaftabletten und Abführmittel. Die Angaben "viel" oder "wenig" bei Nikotin und Alkohol sind niemals verwertbar.

Aus Scham werden Alkohol- und Tablettenabusus, Geschlechtskrankheiten und Drogengebrauch verschwiegen.

Eine 17jährige Patientin gibt dem Hausarzt gegenüber an,

sie leide seit zwei Monaten unter immer schlimmer werdenden Schwindelanfällen, Erbrechen und Müdigkeit; auch sei die Sprache schwerer geworden. Unter der Diagnose "akute Encephalitis disseminata" wird sie in die Klinik aufgenommen. Hier gibt sie zu, zu Hause viele "kleine, rosa Tabletten" wegen persönlicher und beruflicher Schwierigkeiten genommen zu haben, und bittet den Stationsarzt eindringlich um Stillschweigen ihren Eltern gegenüber. Der neurologische Befund ist unauffällig. Die Intoxikationserscheinungen klingen unbehandelt ab.

Die erwähnten Ursachen liegen beim Kranken und seiner Krankheit selbst; sie sind durch den Arzt meist nicht zu vermeiden.

B) Ursachen, die auf der Seite des Arztes oder der Klinik liegen

a) Die Anamnese

Sie ist nach PIRTKIEN (11) bei 47 % der Fehldiagnosen die Ursache. Die Qualität der Anamnese hängt in großem Maße ab von dem Zeitaufwand, der meist zu gering ist. Ein starres Schema, die Unfähigkeit, auf den Patienten einzugehen, lassen manches unentdeckt, was die Situation klären hülfe. Die Familien- und Sozialanamnese spielen bei der Zunahme der psychosomatischen Erkrankungen eine Rolle, deren Wichtigkeit aber noch nicht genügend anerkannt ist. - Die Deutungen,

die dem Kausalitätsbedürfnis des Patienten entspringen, darf der Arzt nicht übernehmen; doch allein die Reihenfolge bei der Aufzählung von Fakten ist so subjektiv, daß der Arzt oft die Deutung, die darin steckt, übernimmt.

> Ein 47 Jahre alter Patient berichtet dem Hausarzt, daß ihn eine an Tollwut erkrankte Katze gebissen habe; er beschreibt zahlreiche, z. T. grotesk anmutende körperliche Mißempfindungen, z. B.: mittags um drei Uhr lahmt die Zunge, Säure fließt aus dem linken Mundwinkel, er empfindet Brausen und Klopfen im Kopf - doch mit einem Liter Rotwein lassen sich die Beschwerden bald vertreiben. Die Einweisungsdiagnose heißt "Zustand nach Tollwut". Wegen seiner phantastischen Schilderungen - auch über Erlebnisse mit militärischen Geheimdiensten - und wegen seines affektiv auffälligen Verhaltens glaubt man zunächst an die manische Phase einer Zyklothymie; doch eine endogene Psychose bestätigt sich nicht. Die Schlußdiagnose lautet "abnorme Persönlichkeit".

b) Die unmittelbare Untersuchung

wird beeinflußt durch Mangel an Zeit, durch Oberflächlichkeit, Ermüdung, Mangel an Kenntnissen, schlechte Untersuchungstechnik, individuelle Beurteilung von Palpations-, Auskultations- und Perkussionsbefunden. Unzureichende Untersuchungsbedingungen: schlechtes Licht, Enge, fehlende Hilfsmittel fallen ebenfalls ins Gewicht. Diese Gründe

treffen besonders für den Hausarzt zu, der bei vollem Wartezimmer eine umfassende Differentialdiagnose erstellen soll, oder in engen Wohnräumen eine gründliche Untersuchung durchführen will.

Eine 30jährige Patientin hat im 3. Monat einen Abort, die Abrasio wird ambulant durchgeführt. Am nächsten Tag treten bei einer Temperatur von 39 Grad Rücken-schmerzen auf, die sich rasch verschlimmern. Der Gynäkologe versucht, die Patientin zu untersuchen, was sich als schwierig erweist, weil sie dabei starke Schmerzen hat. Mit der Bemerkung "mit Ihnen ist ja nichts anzu-fangen" wirft er ihr eine Packung Novalgin-Suppositorien hin und geht. Die Schmerzen bessern sich vorübergehend, bis am 5. Tag Nierenschmerzen auftreten. Der Hausarzt stellt "Bandscheiben" fest und empfiehlt, sich "an der Tür aufzuhängen". - Ein Masseur renkt angeblich vorstehende Wirbel der HWS und LWS ein. Schließlich wird die Patientin in die Klinik überwiesen. Die gynäkologische und urologische Untersuchung sowie die Röntgenaufnahmen von HWS und LWS zeigen keinen pathologischen Befund. Unter der Therapie mit Specillin G und Leukomycin bessern sich die Beschwerden bald. Man ist der Überzeugung, daß es sich um die Druckschädigung des n. ischiadicus gehandelt haben muß.

c) Die naturwissenschaftlichen Methoden

Man kann sie folgendermaßen unterteilen:

Morphologie:	histologische und cytologische Befunde
Physik:	EKG, EEG, Röntgen, Grundumsatz
Biologie:	allergische, bakterielle, serologische und immunbiologische Untersuchungen
Chemie:	Isotopen, chemische Laboruntersuchungen

Die Fehler, die bei der Anwendung dieser Methoden zustandekommen, beruhen auf zu großer Laborgläubigkeit, Unfähigkeit, richtig zu beurteilen, auf Unterbewertung der Laborbefunde und auf Fehlern der Geräte, Materialien und technischen Hilfskräfte.

Der Nullbefund darf nicht als Garantie für das Nichtvorhandensein eines Befundes gewertet werden. Ein Serumwert, der beim ersten Mal physiologisch ist, muß unbedingt bei längerem Krankenhausaufenthalt wiederholt werden. Aus dem Rahmen fallende Laborwerte sollten veranlassen, daß Fehler im Labor gesucht werden.

PIRTKIEN (11) schlüsselt in seiner Untersuchung folgendermaßen auf:

32 % der Fehldiagnosen sind verursacht durch falsche Bewertung der Röntgen-, EKG- und Laborbefunde,

bei 21 % wurden diese Untersuchungen unterlassen,

47 % der Fehldiagnosen waren verursacht durch Anam-

nese, Inspektion usw.

Eine große Bedeutung hat die richtige Einordnung der naturwissenschaftlichen Befunde in das differentialdiagnostische Bild. Den Studenten darin zu schulen, besteht bisher keine Möglichkeit: er erwirbt diese Fähigkeit während seiner ersten Jahre in der Klinik eventuell auf Kosten der Patienten. MITSCHERLICH (10) beschreibt unsere Art, nach den Ursachen zu suchen, so:

> Spezialisierung des Wissens ist unvermeidbar, solange wir in der uns eigentümlichen Form des Fragens versuchen, von den Wirkungen zurück zu den Ursachen und Bedingungen zu gelangen. Wir klammern in dieser analytischen Form der Forschung zuerst Einzeltatbestände aus größeren Zusammenhängen aus und erproben dann im Experiment die Gültigkeit der untersuchten Wirkzusammenhänge. Dabei gerät für kürzere oder längere Zeit regelmäßig die Tatsache in Vergessenheit, daß wir isolierten, bevor wir analysierten. An den Grenzen der Erklärbarkeit eines Phänomens bringt sich dieses Wissen dann wieder in Erinnerung.

Für die Überbewertung eines Symptoms folgendes Beispiel:

> Bei einem 59jährigen Landstreicher wird ein positiver

WAR festgestellt; seine Gehbeschwerden und Parästhesien werden mit diesem Befund gedeutet. Zufällig wird bei der Lumbalpunktion ein Stop bemerkt; durch die Myelographie kann ein Tumor im Rückenmark dargestellt werden. Jetzt passen auch die bisher kaum beachteten Miktionsbeschwerden ins Bild.

d) Fehler systematischer Natur

Alle Befunde, die der direkten Untersuchung sowie die der naturwissenschaftlichen Methoden und die anamnestischen Angaben, muß der Arzt deuten können. Er soll nach differentialdiagnostischen Erwägungen Spezialuntersuchungen anordnen. Dazu braucht er phänomenologisch orientierte Vorstellungen, die er sich erst während seiner Praxis erwerben muß, weil unsere Ausbildung weitgehend sich auf die systematische Beschreibung der Krankheiten beschränkt.

Es hapert am Daran-Denken bei ungewohnter Symptomatik, bei seltenen Krankheitsbildern; es hapert an der richtigen Zuordnung der verschiedenen Befunde.

Eine 36jährige Patientin kommt wegen eines Krampfanfalls zur Aufnahme (Schaum vor dem Mund, "strack"); drei weitere Anfälle spielen sich in der Klinik ab; durch die Fremdanamnese erfährt man, daß sie im letzten halben Jahr unter Müdigkeit gelitten und in letzter Zeit

blaß und krank ausgesehen hat. Zunächst ist die Patientin bewußtseinsgetrübt und verwirrt; später wirkt sie euphorisch und zeigt Merk- und Kritikschwäche sowie deutliche Verlangsamung. Die neurologische Untersuchung ergibt beidseits lebhafte Reflexe, positiven Trömner, deutliche Hyperästhesie und -algesie, rechts Papillenunschärfe. Es wird der Verdacht auf einen raumfordernden Prozeß geäußert, der jedoch durch die Röntgenaufnahmen des Schädels und die Echoencephalographie nicht bestätigt wird. Bei der Carotisangiographie links erkennt man eine deutliche Verlagerung der a. cerebri anterior, weshalb man nun an eine Sinusthrombose denkt; das Szintigramm läßt eine Aktivität in der hinteren Schädelgrube erkennen, das EEG ist links diffus verändert. Zehn Tage nach der Aufnahme ergibt die Liquor- und Blutuntersuchung auf Lues den Befund ++.

Zwei Fälle von Morbus Wilson wurden über längere Zeit hinweg als psychogene Störung mißgedeutet, bis der Serumkupferspiegel untersucht wurde.

Nicht nur die Ausbildung setzt die Voraussetzung für ein umfangreiches Wissen, sondern auch die stetige Weiterbildung ist unerläßlich für ein fundiertes Wissen.

e) Die Abwertung und Verschleierung der Beschwerden durch die Bezeichnung "psychogen"

Gerade in der psychiatrischen Klinik liegt es nahe, ein zunächst unklärbares Krankheitsbild als psychogenes Leiden abzutun. Dabei wird dieser Begriff abwertend gebraucht. Bei WEITBRECHT (13) ist "psychogen" noch wertneutral, während der Bezeichnung "hysterisch" der Geschmack des Übertreibens, Lügens und des Unechten anhaftet. Er sieht die Gefahr, daß der Untersucher den sympathischen Patienten als nervös, neurasthenisch oder vegetativ labil bezeichnet, den ihm unsympathischen als hysterisch. WEITBRECHT (14) sieht hinter einer psychogenen Überlagerung einen objektiven Befund, der sich aber nicht mit dem Beschwerdebild deckt.

Die Gefahr dieser Diagnose liegt einmal in der Verzögerung der weiteren Untersuchung und in der Diskriminierung des Patienten.

In den vorliegenden Fällen wurde die Diagnose "psychogene Störung" achtmal zu Unrecht gestellt; in allen Fällen handelte es sich um schwerwiegendere Diagnosen, fast immer um organische Leiden.

> Ein 37 Jahre alter Patient imponiert als hypochondrische, selbstunsichere Persönlichkeit; vor der Aufnahme hat er mehrere "Nervenzusammenbrüche" gehabt. Er kommt in die Klinik wegen einer seit einem Jahr bestehenden

Peroneusparese am linken Bein. Es wird zur Abklärung keine Tumordiagnostik durchgeführt, selbst kein EEG angefertigt. Reizungen mit galvanischem und faradischem Strom zeigen keinen pathologischen Befund. Die Entlassungsdiagnose lautet:
a) psychogene Gangstörung
b) asthenische Psychopathie.

Vierzehn Tage nach der Entlassung tritt eine plötzliche Verschlechterung ein: Jacksonanfälle im linken Bein, der Hausarzt behandelt mit Baldrianetten.

Bei der Wiederaufnahme des Patienten 3 Monate später wird durch die Encephalographie ein raumfordernder Prozeß rechts gefunden. Der Patient wird sofort operiert, verstirbt aber.

Ein anderer Fall von Unterbewertung eines Krankheitsbildes angesichts der Persönlichkeit des Patienten ist der eines Untersuchungshäftlings, der von Geh- und Gefühlsstörungen berichtet. Da der Gutachter keine neurologischen Auffälligkeiten feststellt, wertet er die Angaben als Übertreibungen, die strafmildernd wirken sollen. Neun Monate später hat sich die Symptomatik verstärkt, so daß weitere Untersuchungen die Diagnose Multiple Sklerose sichern können.

f) Die Autorität des Vorgesetzten

Sei es, daß ein übergeordneter Arzt unbeweglich geworden ist im

Denken, sei es, daß er keinen Widerspruch duldet, sei es, daß der junge Arzt kein Selbstvertrauen zur eigenen Fähigkeit besitzt oder daß er nicht den Mut hat, eine gegenteilige Auffassung zu vertreten, in diesen Fällen ist die Anerkennung der Autorität übermäßig und ein Fehler, eventuell zum Schaden des Patienten.

> Ein Fall von Torticollus spasticus; der übergeordnete Arzt bezeichnet ihn als psychogen, obwohl bekannt ist, daß der Patient ein Phenothiazinpräparat eingenommen hat. Er versucht vergeblich, die Starre "eigenhändig" zu lösen und hält andere Maßnahmen für unsinnig. Trotzdem injiziert der Stationsarzt Akineton - mit dem Erfolg, daß die Beschwerden bald vergehen.

3. Zusammenfassung

Der Betrachtung liegt eine Sammlung von 94 Fehldiagnosen zugrunde, die unsystematisch und ohne zeitliche Begrenzung zusammengestellt wurde.

In der Fragestellung geht es darum, Anhäufungen von nicht erkannten Krankheitsbildern und deren Ursachen zu zeigen.

Die Untersuchung in der psychiatrisch-neurologischen Klinik läßt deutlich werden, daß die raumfordernden Prozesse des Gehirns und Rückenmarks am häufigsten verkannt werden und es in dieser Gruppe die meisten letalen Ausgänge gibt. Es fällt auf, daß gerade die Querschnittsyndrome als organische Leiden imponieren und in der Allgemeinpraxis als solche behandelt werden.

In der Reihenfolge der Fehldiagnosen nehmen Encephalitis disseminata, die organischen Krankheiten und die Zyklothymie die nächsten Plätze ein.

Die Ursachen können beim Kranken liegen, in der Krankheit selbst oder beim Arzt.

In die erste Gruppe gehören die Krankheitsbilder, die sich über längere

Zeit in allgemeinen Symptomen manifestieren oder als therapie-resistente Organkrankheit imponieren. Hier müßte der Grundsatz gelten: Bleibt eine Therapie länger als vier Wochen ohne wesentlichen Erfolg, muß erneut nach der Ursache geforscht werden.

Ärztlicherseits sind die wichtigsten Fehlerquellen: mangelnde Übersicht über die Phänomenologie der Krankheiten, die sich in den verschiedenen Möglichkeiten des Nicht-Daran-Denkens äußert, die Neigung, bei psychogen deklarierten Beschwerden keine weiteren Untersuchungen anzustellen, die Überbewertung der Autorität des Vorgesetzten und der Befunde der naturwissenschaftlichen Methoden. Die Nullbefunde bei Tumorverdacht sollten Anlaß geben, den Patienten immer wieder in kurzen Abständen zu kontrollieren und ihm die Bedeutung dieser Maßnahme bewußtzumachen.

Da an unseren Fakultäten hauptsächlich das nosologisch orientierte Krankheitsbild vermittelt wird, sollte für den Studierenden die Möglichkeit bestehen, sich ohne Gefahr für den Patienten eine phänomenologische Übersicht zu verschaffen. Dies wäre eine Maßnahme der Prophylaxe.

Beim approbierten Arzt kann man nur auf das Verantwortungsgefühl bauen; hoffen, daß er Zeit und Initiative hat, für sich das Versäumte nachzuholen.

4. Literatur

1) BAMM, P.: Glanz und Elend der Diagnose.
In: BAMM, P.: Ex Ovo, Stuttgart 1956

2) BÜRGER, M.: Klinische Fehldiagnosen.
Thieme: Stuttgart 1954

3) GROSS, R.: Grundsätzliches über Fehldiagnosen und differential - diagnostische Schwierigkeiten.
Diagnostik 2: 333-337 (1969)

4) GRUVER, R. H., FREIS, E. D.: A study of diagnostic errors.
Ann. int. Med. 47: 108 (1957)

5) HAGMANN, O. I.: Häufigkeit und Lokalisation klinisch unbekannter maligner Tumoren im Autopsiegut.
Schweiz. med. Wschr. 99: 1213 (1969)

6) HEGEMANN, G., HOFRICHTER, J.: Die Verschleppung der Krebs-diagnose. Ursachen und Bedeutung.
Münch. med. Wschr. 110: 377 (1968)

7) HEGGLIN, R.: Differentialdiagnose innerer Krankheiten.
10. Aufl. Thieme: Stuttgart 1966

8) LANDES, G., ZÖTL, E.: Sektionsstatistik einer medizinischen Abteilung.
Münch. med. Wschr. 35: 1732 (1966)

9) MISSMAHI, H. P.: Fehldiagnose - Fehlprognose in der inneren Medizin.
Hippokrates 37: 7 (1966) 255

10) MITSCHERLICH, A.: Krankheit als Konflikt.
ed. suhrkamp: Frankfurt/Main 1966

11) PIRTKIEN, R.: Fehldiagnosen in der Klinik.
Therapiewoche 18: 226 (1968)

12) SCHRÖMBGENS, H. H.: Die Fehldiagnose in der allgemeinärztlichen Praxis.
Therapiewoche 18: 22 (1968)

13) WEITBRECHT, H. J.: Psychiatrische Fehldiagnosen in der Allgemeinpraxis.
Thieme: Stuttgart 1966

14) WEITBRECHT, H. J.: Psychiatrie im Grundriß.
Springer: Berlin-Göttingen-Heidelberg 1963

Lebenslauf

15. 3. 1945 in Creglingen/Bad. Württ. geboren

Eltern: Waldemar Stürmer, kaufm. Angestellter

Agnes Stürmer geb. Sahner

Geschwister: 1

wohnhaft: seit April 1946 in Saarbrücken

Schulische Ausbildung:

Volksschule	1951 - 1955
Realgymnasium	1955 - 1964
Abitur	22. 2. 1964

Hochschulausbildung:

1) Germanistik/Geschichte an der
Universität des Saarlandes SS 64 und WS 64/65

2) Medizin an der
Universität des Saarlandes SS 65 - SS 70

Vorphysikum	29. 4. 66
Physikum	5. 10. 67
Staatsexamen	14. 12. 1970